

ANALISIS AKAR MASALAH PANJANGNYA WAKTU TUNGGU PROSES ADMINISTRATIF PEMULANGAN PASIEN RAWAT INAP

ROOT CAUSE ANALYSIS OF WAITING TIME LENGTH IN ADMINISTRATIVE PROCESS OF INPATIENT DISCHARGE

Dita Prawita Sari, Tatong Harijanto, Harsono Susilo
Program Studi Magister Management Rumah Sakit
Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya,
e-mail: ditahadiwidjaja@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: One critical area in the overall patient care flow in the hospital is the process of patient discharge. The high number of bed usage in the ward posed a problem in terms of queuing or even delaying admissions and transferring new patients to the ward. One of the causes admission delay and transfer of patients is a very long process of patients discharge. It takes time 3-4 hours for general patients and more than 4 hours for insurance patients. **Method:** The aim of this research is to analyze the root cause of waiting time length of inpatient discharge administrative process in Hospital "N" in Malang. The research type is descriptive explorative through interview, observation and document search. **Result and analysis:** The main problems encountered included non-optimal management systems, unequal human resource (HR) capabilities, and inadequate infrastructure. The length of waiting time for inpatient discharge administrative process in Hospital "N" was due to various interrelated matters in the ward; pharmacy installation, and administration department. **Discussion:** The root cause of the main problem that can be identified in terms of system are human resources, and infrastructure facilities in the three units. Comprehensive remedial strategies are needed to improve the waiting time of the hospital discharge process in Hospital N.

Keyword: root cause analysis, waiting time, inpatient discharge process

Pendahuluan

Rumah sakit merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat karya, dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin keilmuan. Dalam melaksanakan fungsinya, rumah sakit harus didukung oleh sumber daya manusia yang profesional, ketersediaan sarana prasarana lainnya serta tata kelola manajemen dan administrasi kesehatannya. Tuntutan masyarakat yang semakin meningkat terhadap mutu pelayanan mengharuskan fungsi pelayanan rumah sakit perlu terus ditingkatkan secara bertahap agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat (Anonymous, 2009).

Sesuai dengan Permenkes No. 34 tahun 2017, dalam upaya peningkatan mutu

pelayanan maka setiap RS diwajibkan melaksanakan akreditasi RS secara berkala. Akreditasi rumah sakit ini dilakukan setiap 3 tahun sekali oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri. Peningkatan mutu pelayanan adalah suatu proses siklus yang terus menerus harus dilaksanakan. Pelayanan RS harus mampu mencapai *output* dan *outcome* yang direncanakan dan diharapkan seluruh pemberi layanan rumah sakit melalui proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkesinambungan (Kementerian-Kesehatan-RI, 2017).

Sebagai institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, kebutuhan akan ketersediaan tempat tidur di rumah sakit seringkali melebihi kapasitas yang dimiliki rumah sakit. Hal ini dapat mengakibatkan keterlambatan admisi pasien, keterlambatan transfer pasien, dan

pembatalan operasi atau kemoterapi. Diperlukan suatu strategi yang efektif agar dapat mengoptimalkan penggunaan tempat tidur yang dimiliki rumah sakit (Maloney et al., 2007).

Salah satu area kritis dalam keseluruhan alur pelayanan pasien di rumah sakit adalah proses pemulangan pasien. Proses pemulangan pasien ini mencakup kegiatan yang berlangsung saat rawat inap sampai sudah dianggap siap secara medis untuk pulang, namun belum secara fisik meninggalkan gedung rumah sakit. Proses ini melibatkan berbagai aktivitas yang memfasilitasi perpindahan pasien dari satu tempat perawatan kesehatan ke tempat perawatan lainnya, atau ke rumahnya. Ini adalah proses multidisipliner yang melibatkan dokter, perawat, pegawai di bagian penunjang dan administrasi, dan mungkin profesional kesehatan lainnya. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kontinuitas perawatan dan meningkatkan kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan yang diberikan (Mcdermott & Venditti, 2015).

Rumah Sakit N adalah rumah sakit umum milik suatu yayasan komunitas umum yang terletak di Kota Malang. Rumah sakit ini memiliki 181 TT dengan BOR sebesar 55,73% di semester pertama tahun 2017. Mulai 1 Januari 2015, rumah sakit ini telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Jumlah pasien BPJS di semester pertama tahun 2017 mencapai 63,54% dari total pasien rawat inap dan menempati ruang perawatan kelas 1 dan 2 dengan BOR (*Bed Occupancy Ratio*) mencapai hampir 80% (Bagian Rekam Medis RS N, 2017). Peningkatan jumlah pasien BPJS yang semakin tinggi ini juga dipengaruhi karena rumah sakit ini merupakan salah satu rumah sakit provider BPJS kesehatan yang dapat melayani kemoterapi. Pasien-pasien kemoterapi ini harus menjalani perawatan di rumah sakit pada jadwal yang telah ditentukan. Ketiadaan ruangan rawat inap dapat mengakibatkan penundaan kemoterapi mereka dan pada akhirnya dapat mempengaruhi progresifitas penyakitnya.

Tingginya angka penggunaan tempat tidur di ruang perawatan kelas 1 sampai dengan kelas 3 menimbulkan suatu permasalahan dalam hal penundaan admisi

dan transfer pasien baru ke ruang perawatan. Setelah dilakukan penelusuran dan diskusi dengan beberapa unit terkait, ditemukan salah satu penyebab terjadinya penundaan admisi dan transfer pasien yaitu adanya proses pemulangan pasien yang sangat lama. Dari hasil wawancara di unit perawatan dan administrasi diketahui bahwa proses pemulangan pasien bisa menghabiskan waktu 3-4 jam untuk pasien umum dan lebih dari 4 jam untuk pasien asuransi. Hal ini tentunya sangat merugikan bagi rumah sakit karena dapat menghambat arus pasien serta dapat menurunkan kepuasan pasien. Pada akhirnya hal ini dapat memengaruhi wajah dan nama baik Rumah Sakit N yang sudah dikenal memiliki pelayanan yang prima di mata masyarakat. Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan analisis akar masalah atas panjangnya waktu tunggu proses administratif pemulangan pasien di Rumah Sakit N di Malang.

Metode

Penelitian mengenai proses pemulangan pasien di Rumah Sakit N dilaksanakan sejak tanggal 16 Agustus hingga 11 Oktober 2017 secara deskriptif eksploratif melalui wawancara, observasi dan telusur dokumen implementasi kegiatan RS N. Bagian yang terlibat dalam wawancara yaitu kepala ruangan (meliputi: ruangan A, B, C, D, dan E), petugas farmasi, dan petugas administrasi. Observasi dilakukan dengan cara *time motion study* (TMS) di beberapa unit yang terkait dengan pemulangan pasien, yaitu di ruang perawatan, farmasi, dan bagian administrasi. Dalam wawancara juga akan mengeksplorasi tentang kesan pasien dan/ keluarga terhadap proses administratif pemulangan pasien di RS N.

Hasil

Proses pemulangan pasien merupakan proses kompleks yang melibatkan banyak unit kerja, mulai dari dokter, unit penunjang, farmasi, bagian administrasi, unit khusus seperti IPI (Instalasi Perawatan Intensif) dan IKO (Instalasi Kamar Operasi), bagian *casemix* (untuk pasien BPJS), serta unit perawatan sendiri yang menjadi pusat dari proses pemulangan pasien tersebut.

Kondisi pemulangan pasien di RS N yang tercantum dalam Panduan Pemulangan Pasien adalah sebagai berikut (RS-N, 2014) :

1. Pulang karena sudah sembuh dari sakitnya
2. Pulang atas permintaan sendiri
3. Dipulangkan karena pasien meninggal dunia
4. Pulang karena dialihkan ke rumah sakit lain atau dirujuk karena rumah sakit tidak mampu memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.
5. Pulang sementara

Proses pengumpulan data mengenai pemulangan pasien dimulai dengan mengumpulkan data durasi waktu

penyelesaian proses administratif pemulangan pasien. Waktu penyelesaian proses pemulangan pasien dihitung mulai dari perawat mengirimkan berkas administratif pasien ke bagian administrasi sampai diperoleh konfirmasi bahwa billing telah selesai dan pasien bisa melakukan pembayaran di kasir. Dari 99 pasien yang pulang didapatkan rerata waktu penyelesaian proses administratif pemulangan pasien dari 5 ruangan tersebut yang kurang dari 2 jam sebanyak 48,48% dan lebih dari 2 jam sebesar 51,52%. Rerata waktu per ruangan ditunjukkan dalam tabel 1.

Tabel 1. Rerata waktu tunggu proses administrasi pemulangan pasien di RS N September 2017

No.	Ruang	Rerata waktu tunggu	Min	Max
1	A	1:18:57	0:40	3:08
2	B	1:26:46	1: 45	3:00
3	C	1:33:37	0:17	4:00
4	D	2:45:00	0:04	4:03
5	E	2:49:29	1:00	5:00

Sumber : pengumpulan data dari ruang perawatan September 2017

Selain data waktu tunggu, dilakukan pula kajian atas beban perawat terhadap lamanya waktu tunggu proses administrasi pemulangan pasien di 5 ruangan tersebut. Beban perawat dihitung berdasarkan rasio

jumlah pasien dibandingkan jumlah perawat. Semakin kecil angkanya berarti semakin kecil beban perawat dan sebaliknya semakin besar rasionya, semakin besar beban perawat dalam merawat pasien.

Tabel 2. Perbandingan ratio pasien : perawat dengan waktu tunggu proses administratif pemulangan pasien(Bagian Rekam Medis RS N 2017) (Bagian SDM Keperawatan RS N 2017)

No.	Ruang	Jumlah Total Perawat	TT	BOR	TT terpakai	Rasio Pasien : perawat	Rerata waktu tunggu
1	A	16	10	75.88	7.6	0.5	1:18:57
2	B	22	25	69.12	17.3	0.8	1:26:46
3	C	16	17	67.73	11.5	0.7	1:33:37
4	D	21	25	71.04	17.8	0.8	2:45:00
5	E	18	16	67.46	10.8	0.8	2:49:29

Dari kelima ruangan sebagai sampel, diketahui bahwa rasio pasien dibanding perawat yang terkecil adalah di ruang A sebesar 0,5 (1:2), artinya 1 orang pasien dirawat oleh 2 orang perawat. Di ruang C sebesar 0,7, serta B, D, dan E sebesar 0,8. Asumsi dari rasio tersebut adalah beban perawat yang tinggi tentunya akan mempengaruhi waktu tunggu proses administrasi pemulangan pasien. Semakin rendah beban perawat, semakin pendek waktu

tunggunya. Dari tabel 2 tampak bahwa ruang A yang memiliki rasio pasien/ perawat terendah ternyata juga memiliki waktu tunggu proses administrasi pemulangan pasien yang terpendek. Namun, terjadi anomali pada ruang B, D, dan E. Ketiga ruangan ini memiliki rasio pasien/perawat yang sama, tetapi memiliki perbedaan waktu tunggu tunggu proses administrasi pemulangan pasien yang sangat berbeda yaitu 1 jam 26 menit di ruang B dengan 2 jam 45 di ruang D dan 2 jam 49

menit di ruang E. Hal ini menimbulkan pertanyaan atas apa saja yang mempengaruhi lamanya waktu tunggu tunggu proses administratif pemulangan pasien di RS N.

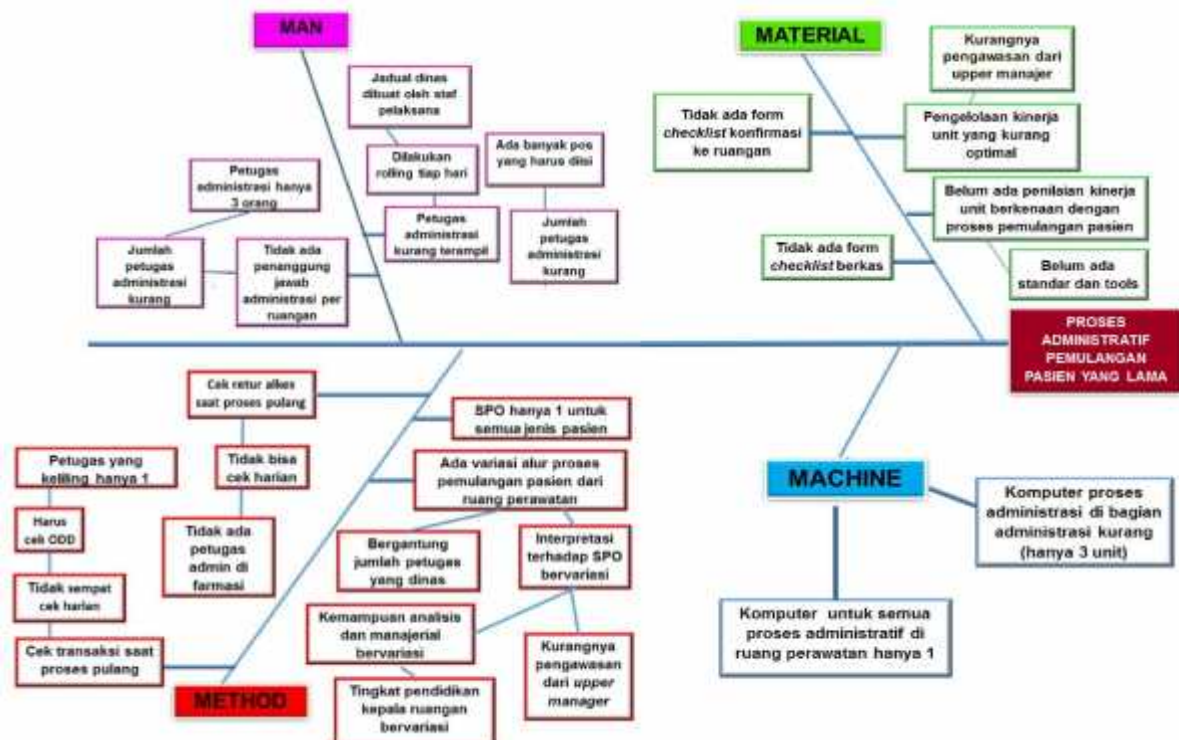
Dalam observasi dan wawancara di ruang perawatan dengan *time motion study* (TMS) diketahui bahwa proses administratif pemulangan pasien dari ruang perawatan sampai dengan berkas diterima petugas bagian administrasi membutuhkan waktu paling lama 25 menit, bergantung dari banyak sedikitnya pasien pulang saat itu. Dari proses yang diamati, dapat diidentifikasi beberapa titik yang berpotensi *delay* atau memperpanjang proses administratif pemulangan pasien, yaitu :

1. Pada tahap persiapan berkas administratif

yang mendahulukan pengiriman resep pasien pulang ke farmasi sebelum perawat ke bagian administrasi.

Pembahasan

Wawancara juga dilakukan pada 2 orang pasien BPJS kesehatan dan 2 orang pasien umum yang sedang dalam proses pemulangan. Secara umum mereka menyatakan puas dengan pelayanan RS N selama mereka dirawat. Mengenai proses administratif pemulangan pasien, mereka menyatakan bahwa mereka cukup puas karena semua dikerjakan oleh pihak rumah sakit. Namun mereka berharap proses administratif



2. Pada tahap fotokopi berkas yang diperlukan
3. Pada tahap serah terima berkas pasien pulang dengan petugas administrasi

Selain itu ditemukan pula beberapa variasi alur pemulangan pasien di ruang perawatan. Variasi yang terjadi antara lain pada proses fotokopi berkas pasien. penerapan sistem tim untuk mempermudah pengelolaan pasien, sistem resep *cito*, (resep perbekalan farmasi (obat dan alkes) bagi pasien pulang dianggap sebagai resep *cito* sehingga harus diantar langsung ke farmasi untuk mempercepat proses penyiapannya), dan alur

pemulangan pasien ini bisa lebih cepat, yaitu dalam waktu 1 sampai 2 jam setelah mereka dinyatakan boleh pulang atau meminta pulang (bila pasien pulang atas permintaan sendiri).

Di bagian farmasi diketahui bahwa proses pengelolaan perbekalan di farmasi rawat inap pada saat pasien pulang membutuhkan waktu sekitar 60 menit, bergantung dari jenis resep yang diberikan oleh dokter. Bila resep yang diberikan adalah obat jadi, resep dapat diselesaikan dalam 30-40 menit. Bila resep yang diberikan saat pulang adalah obat racikan dan jumlahnya lebih dari satu, maka waktu penyiapan obatnya menjadi lebih lama, bisa

menghabiskan waktu 60-90 menit. Dari proses yang diamati, dapat diidentifikasi beberapa titik yang berpotensi *delay* atau memperpanjang proses administratif pemulangan pasien, yaitu :

1. Pada tahapan kroscek obat baru, bila obat yang diresepkan tidak tersedia atau kurang, maka pihak farmasi harus mengikuti SPO tentang penggantian obat yang tidak tersedia. Bila resep tidak terbaca, harus mengikuti SPO resep obat yang tidak terbaca.
2. Pada tahap kroscek obat retur ke ruangan ternyata ada resep retur yang tercecer atau salah hitung, maka proses penyelesaian retur akan tertunda.

Dari bagian administrasi diperoleh data pasien pulang per hari rata-rata sebanyak 33 orang dan dilakukan pada shift dinas pagi (pk. 07.00 – 14.00) sebanyak 24 orang (72,72%). Data ini penting untuk mengetahui beban kerja petugas administrasi yang berhubungan dengan proses pemulangan pasien. Pengambilan data primer di bagian administrasi dilakukan dengan cara wawancara dan time motion study saat proses pemulangan pasien. Dari wawancara didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Petugas administrasi melakukan dinas 7x24 jam seminggu dengan jam dinas terbagi menjadi 3 shift (pagi, sore, malam) dan jaga pagi. Shift pagi pk. 08.00-5.00 dengan 3 orang petugas, shift sore pk. 14.00-21.00 dengan 2 orang petugas, dan shift malam pk. 21.00 – 07.00 dengan 1 orang petugas. Sementara petugas jaga pagi berdinis pk. 07.00-14.00 sebanyak 1 orang. Pada hari minggu dan hari libur, hanya ada 2 orang petugas jaga dan shift pagi.
2. Petugas administrasi yang dinas pagi hanya 3 orang, sementara yang dilayani ada 11 ruangan untuk proses pasien pulang, ditambah dengan pasien IGD (Instalasi Gawat Darurat) dan pasien radiologi serta farmasi. Petugas administratif dijadualkan dinas pagi mulai pk. 08.00. Petugas yang *stand by* sejak pk. 07.00 hanya satu orang sebagai petugas jaga pagi. Tugas utamanya melakukan serah terima dari shift malam, membuat laporan untuk *briefing* pagi, membantu kasir utama melakukan penyetoran uang dari shift sore dan malam hari sebelumnya,

serta merekap uang muka dan tagihan pasien. Akibatnya bila perawat menurunkan berkas pasien pulang sebelum pk.08.00, berkas tersebut baru akan diproses saat petugas dinas pagi datang. Petugas jaga pagi hanya akan membantu mengerjakan bila sempat.

3. Terkait *checking* harian atas transaksi pasien, petugas administrasi tidak mampu melakukan karena mereka dituntut untuk menyelesaikan *checking* obat ODD (*Once Daily Dose*) di setiap ruangan setiap harinya. Hal ini adalah tugas yang dilimpahkan ke bagian administrasi berdasarkan audit SPI (Satuan Pemeriksa Internal) atas banyaknya ketidaksesuaian obat dan *billing*. Akibatnya, proses *checking* transaksi harian terabaikan karena petugas yang keliling ke ruangan hanya satu orang. Proses ini baru bisa dilaksanakan saat pasien pulang dan berdampak pada perpanjangan waktu proses administratif bila dijumpai ketidaksesuaian atau kesalahan *input*.
4. Mengenai indikator mutu unit, ada 2 indikator mutu bagian administrasi, yaitu angka ketidaktuntutan dokumen pendukung penagihan per bulan dan angka ketidaktepatan pelaporan perawatan pasien ke kasir penerimaan per bulan. Belum ada indikator yang berkaitan dengan proses pemulangan pasien berupa *respon time* maupun kepuasan pelanggan.

Dari proses yang diamati, dapat diidentifikasi beberapa titik yang berpotensi *delay* atau memperpanjang proses administratif pemulangan pasien, yaitu :

1. Pada saat serah terima berkas dari perawat ruangan, bila semua petugas sedang sibuk, maka perawat harus menunggu hingga ada petugas yang bisa melayaninya.
2. Pada saat mengecek kelengkapan berkas, ada berkas yang tidak lengkap. Bila berkas itu berhubungan dengan pasien, misalnya tanda tangan pasien pada SEP (Surat Eligibilitas Peserta BPJS kesehatan), maka harus dibawa kembali ke ruangan.
3. Pada tahap kroscek kuitansi honor dokter, bila ada ketidaksesuaian yang berkaitan dengan nama dokter, jumlah honor, atau nama pasien, kuitansi harus diperbaiki oleh perawat ruangan.

4. Pada tahap kroscek dengan billing di HIS (*Hospital Information System*), bila didapati kuitansi honor tidak sesuai dengan honor di HIS terutama dari penunjang, petugas administrasi harus melakukan cek manual di lemari penunjang. Bila ada, kuitansi dijadikan satu dengan kuitansi pasien yang bersangkutan. Bila tidak ada dan kuitansi tersebut berhubungan dengan honor dokter dan tindakan, maka petugas administrasi harus berkoordinasi dengan perawat ruangan untuk membuatnya. Bila berhubungan dengan unit penunjang, petugas administrasi dapat membantu membuat kuitansinya.
5. Pada tahap kroscek *transfer billing*, bila ada yang masih terbuka (belum dilakukan *transfer billing*), petugas administrasi harus menghubungi unit yang bersangkutan agar segera melakukan *entry* dan *transfer billing*.
6. Pada tahap kroscek semua *billing transfer* dan honor dokter dengan unit terkait, bila ketidaksesuaian atau salah input, petugas administrasi harus menghapus data di HIS kemudian menghubungi unit terkait agar melakukan *entry* ulang dan *transfer billing*.
7. Pada tahap konfirmasi ulang ke ruangan, bila ada yang terlewat harus segera disusulkan. Proses administrasi harus menunggu sampai semua transaksi selesai. Bila yang terlewat adalah resep obat baru, proses ini akan tertunda cukup lama karena harus mengikuti SPO (Standar Prosedur Operasional) yang berlaku di instalasi farmasi berkenaan dengan keselamatan pasien.

Setelah melakukan observasi di unit keperawatan, instalasi farmasi, dan bagian administrasi, dilakukan *focus group discussion* (FGD) mengenai akar masalah dan alternatif solusi yang bisa dilakukan. Hasil FGD adalah sebagai berikut :

1. Analisis akar masalah terkait proses pemulangan pasien di ruang perawatan :
 - 1) Adanya variasi dari masing-masing ruangan atas pelaksanaan alur persiapan berkas pasien pulang. Hal ini sangat dipengaruhi kemampuan manajerial kepala ruangan masing-masing. Beberapa kepala ruangan memberikan masukan perlunya

upgrade pendidikan bagi para kepala ruangan menjadi S1 keperawatan.

- 2) Tidak ada audit atau proses *checking* harian atas semua transaksi yang *dientry* ke dalam sistem *billing* sehingga pada saat pasien dipulangkan baru akan diketahui bila ada ketidaksesuaian atau kesalahan input.
2. Analisis akar masalah terkait proses pemulangan pasien di instalasi farmasi rawat inap :
 - 1) Resep obat baru dan resep retur seringkali baru diserahkan setelah perawat mengantar berkas pasien ke bagian administrasi.
 - 2) Tidak ada mekanisme untuk *checking* harian tentang penggunaan alat kesehatan oleh pasien di ruangan. Proses *entry* dan *checking* langsung dilakukan oleh petugas di Instalasi Farmasi saat pasien akan pulang. Tidak ada mekanisme kroscek dengan penggunaan alkes sesuai di status list pasien. Hal ini mengakibatkan 2 hal penting, yaitu menimbulkan potensi perpanjangan waktu proses pemulangan pasien dan terjadi risiko ketidaksesuaian antara alkes yang keluar dan alkes yang terpakai yang dapat menimbulkan risiko kerugian bagi rumah sakit.
 - 3) Bila terjadi kendala pada tahap pengecekan resep terkait ketersediaan, keterbacaan, dan penyetaraan obat, secara otomatis akan memperpanjang proses pemulangan pasien karena pihak farmasi harus mengikuti prosedur yang terkait dengan permasalahan yang ditemukan.
3. Analisis akar masalah terkait proses pemulangan pasien di bagian administrasi :
 - 1) Petugas administrasi yang dinas pagi hanya 3 orang, sementara yang dilayani ada 11 ruangan untuk proses pasien pulang, ditambah dengan melayani pasien IGD dan pasien radiologi serta farmasi.
 - 2) Tidak ada penanggung jawab administrasi pasien pulang untuk tiap ruangan. Siapapun petugas yang ada, dia yang menerima berkas dan

- menyelesaikan sampai tuntas. Akibatnya proses administratif pemulangan pasien tidak mudah diikuti perjalanannya.
- 3) Menurut perawat, seringkali terjadi hilangnya kuitansi atas transaksi di ruangan yang sudah dikirim ke bagian administrasi. Akibatnya pada saat proses pemulangan pasien, perawat harus membuat lagi. Hal ini sering terjadi pada pasien dengan masa rawat yang panjang atau dirawat oleh banyak dokter.
 - 4) Tidak ada alur dan standar waktu proses penyelesaian administratif pasien pulang di bagian administrasi. Semua dijalankan sesuai kebiasaan yang ada dan sangat bergantung pada keterampilan masing-masing petugas. Petugas yang senior dinilai dapat menyelesaikan proses lebih cepat dan terukur dibandingkan petugas junior. Hal ini menunjukkan adanya kompetensi petugas yang tidak merata.
 - 5) *Rolling* petugas administrasi dilakukan setiap hari dengan posisi kasir rawat jalan dan kasir laboratorium.
 - 6) Petugas administratif dijadualkan dinas pagi mulai pk. 08.00. Petugas yang *stand by* sejak pk. 07.00 hanya satu orang sebagai petugas jaga pagi dengan tugas utama melakukan serah terima uang dan laporan dari shift malam. Akibatnya bila perawat menurunkan berkas pasien pulang sebelum pk.08.00, berkas tersebut baru akan diproses saat petugas dinas pagi datang. Petugas jaga pagi hanya akan membantu mengerjakan bila sempat.
 - 7) Terkait *checking* harian atas transaksi pasien, petugas administrasi tidak mampu melakukan karena mereka dituntut untuk menyelesaikan *checking* obat ODD di setiap ruangan setiap harinya. Akibatnya, proses *checking* transaksi harian terabaikan karena petugas yang keliling ke ruangan hanya satu orang. Proses ini baru bisa dilaksanakan saat pasien pulang dan berdampak pada perpanjangan waktu proses

administratif bila dijumpai ketidaksesuaian atau kesalahan input.

- 8) Komputer yang tersedia untuk melayani proses administratif pasien pulang hanya 3 unit, termasuk untuk administrasi pasien IGD dan radiologi.

Secara detail, akar masalah yang ditemukan ditunjukkan dalam diagram tulang ikan berikut ini.

Kesimpulan

Panjangnya waktu tunggu proses administratif pemulangan pasien di Rumah Sakit N disebabkan oleh berbagai hal yang saling berkaitan di ruang perawatan, instalasi farmasi, dan bagian administrasi. Akar masalah utama yang dapat diidentifikasi adalah dalam hal sistem, SDM, dan sarana prasarana di ketiga unit tersebut. Strategi perbaikan yang komprehensif sangat diperlukan untuk dapat memperbaiki waktu tunggu proses administratif pemulangan pasien di Rumah Sakit N.

Referensi:

- Anonimous, 2009. Undang-undang No. 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Bagian Rekam Medis RS N, 2017. Laporan Rekam Medis Rumah Sakit N Malang.
- Bagian SDM Keperawatan RS N, 2017. Data Ketenagaan Keperawatan RS N Tahun 2017.
- Kementerian-Kesehatan-RI, Permenkes No. 34 tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit,
- Maloney, C.G. et al., 2007. A Tool for Improving Patient Discharge Process and Hospital Communication Practices: the Patient Tracker. In AMIA 2007 Symposium Proceedings. pp. 493–497.
- Mcdermott, C.M. & Venditti, F.J., 2015. Implementing lean in knowledge work: Implications from a study of the hospital discharge planning process. Springer, 103(7), pp.1–13.
- RS-N, 2014. Panduan Pemulangan Pasien.